

丛书总主编/刘鸣



Handbook of Clinical
Evidence-based Treatment

临床循证治疗手册

消化疾病

主编/王一平

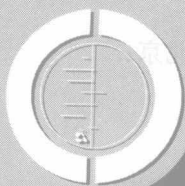


人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE



R57-62
15

丛书总主编/ 刘 鸣



Handbook of Clinical
Evidence-based Treatment

临床循证治疗手册

消化疾病

主 编/ 王一平
副主编/ 甘 涛 潘 涛

编 者 (以姓氏笔画为序)

王 琼 王一平 甘 涛 冉红梅 伏幼娟
杨锦林 李耀东 吴宗英 何继东 袁德强
曹 利 曾 超 潘 涛

秘 书/ 冉红梅 卫茂玲



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

图书在版编目(CIP)数据

临床循证治疗手册 消化疾病/王一平主编. —北京:
人民卫生出版社, 2008. 3

ISBN 978-7-117-09845-8

I. 临… II. 王… III. ①治疗学-手册②消化系统疾
病-治疗-手册 IV. R45-62 R570.5-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 009993 号

临床循证治疗手册 消化疾病

主 编: 王一平

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 三河市富华印刷包装有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 15.25

字 数: 387 千字

版 次: 2008 年 3 月第 1 版 2008 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09845-8/R·9846

定 价: 32.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

前 言

这是一本强调怎样应用循证医学证据于消化系统疾病治疗的新书。很多优秀的教科书注重疾病的病理生理,并且涉及的范围很广。本书并不旨在取代这样的书,而注重于临床治疗依据的证据。我们应用循证医学(Evidence Based Medicine EBM)知识和方法,为消化系统疾病的治疗提供最强有力、最新的证据,对治疗性随机试验和这些随机试验的系统评价进行分析,同时也介绍了有关疾病等的诊断要点。但是对于某些疾病仅能提供一些低级别的证据或经验推荐意见。随着新信息推广速度的加快,每时每刻都有新的信息发表,而传统教科书的淘汰也加速了。建议读者通过循证医学杂志的有关网址、Medline等阅读有关的最新的资料。

循证医学,即遵循科学证据的医学。其核心思想是医疗决策(诊断和治疗方案的制定等)应建立在当前最佳临床研究依据、医生的临床经验及病人需求三者结合的基础之上。这也符合当前我国的医疗政策。循证医学的出现给临床医学实践带来了很大的影响。20世纪上半叶,诊断性试验或治疗策略通常只是基于充足的理论基础和动物实验,而往往在没有充分的科学证据证明其在人体中的效能的情况下就用于临床。其中一些治疗手段最终被证明是无效甚至有害的,比如胃冷冻治疗胃溃疡、青霉素治疗原发性胆汁性肝硬化。毫无疑问,没有证实有效的

治疗方法被广泛接受已经进一步损害了很多患者的健康。

循证医学如今越来越受到人们的欢迎。对于这种现象的解释是复杂的,其中一个原因可能是很多临床工作者认识到有道德的治疗应该是建立在最合理的证据的基础上的。

循证医学中有两点需要强调。第一:运用循证医学的原理处理病人只是对传统医学技能的补充,并不能取代临床细心观察、正确判断及对病人有同情心等公认的美德。值得注意的是很多好医生都潜意识地运用过循证医学基本原理。循证医学知识使医生们明白了为什么通过多种方法作决定可以使这些基础的临床医学规则变得有效。第二:尽管大型随机临床试验在评价健康治疗措施方面是最有价值的数据来源,其他类型的证据也常常需要被用到。有些情况下,特别是做病因学研究的时候,采用随机对照临床试验既没有可能性也是违背道德的。这时方法上严格的观察性研究提供的数据就很有价值了。一个引人注目的例子就是几位医生对乙肝携带者患肝癌的相对危险度远远大于没有感染的人群的证明。尽管这些都是观察性的数据,但从其联系强度看,在感染人群中肝癌的发生由乙肝病毒以外的因素造成的可能性很小。病例对照研究则很适用于罕见疾病的研究和科学的病因假设的起始研究。非甾体类抗炎药会引起消化性溃疡的被证实就是通过这种方法发现的。在没有随机对照临床试验的数据,而自然病史很严重又很有特征时,病案报道也可以为新治疗的实行提供客观的证据。

目前公认了证据强度的分级方法,有几种主要来自于不同的研究,本书都采用了这种方法。我们从 John WD McDonald 等编辑的循证消化病学中引用了这个方法以及根据证据水平给出推荐的级别,共分为 A、B、C 三级。

A 级:证据源于大型随机临床试验(RCTs)或者多个随机试验的系统评价(包括 Meta-分析),并且系统评价总体收集的数据至少大于上一项较大型的单独试验;证据至少来自一个“全

和无”的高质量队列研究；其中对照组中所有患者都死亡/治疗失败，而治疗组中有一些患者幸存/治疗成功（如结核、脑膜炎的化疗，室颤的除颤）；或者接受传统治疗的病人很多死亡/治疗失败，但接受新治疗的病人没有死亡/治疗失败的（例如青霉素治疗肺炎球菌感染）；证据至少来自一个中型的随机对照试验或一些小型试验的 Meta-分析，其总共包含的患者数达到中等；证据源于至少一个随机对照试验。

B级：证据源于至少一个对于非随机队列的高质量研究，包括接受和未接受新治疗的队列；证据来自至少一个高质量的病例对照研究；证据源于至少一个高质量的病例报道。

C级：源于专家的观点但没有其他参考以及前面提到的来源（如来自生理学和纯实验方面的证据或主要负责人的评论）。

我们循证的实践得到了一些优秀电子数据库及很多含有相关研究证据、重要总结和综述的传统刊物的支持而一般医生要获取这些资料会耗费不少时间。所以，撰写本书的目的是为繁忙的消化科医生节约宝贵的时间。

由于撰写经验有限且水平不一，书中难免有错误和不足之处，敬请读者在阅读中批评指正。

王一平

2008年2月26日

目 录

第一章 胃肠疾病	1
第一节 胃食管反流病	1
第二节 Barrett 食管	17
第三节 食管癌	29
第四节 消化性溃疡	47
第五节 应激性溃疡	68
第六节 功能性消化不良	82
第七节 非静脉曲张性上消化道出血	99
第八节 门脉高压食管胃底静脉曲张出血	115
第九节 胃癌	134
第十节 克罗恩病	145
第十一节 溃疡性结肠炎	170
第十二节 肠易激综合征	199
第十三节 结肠憩室病	214
第十四节 阑尾炎	222
第十五节 结直肠癌与溃疡性结肠炎	237
第十六节 肛瘘	252
第十七节 药物预防结直肠新生物	259
第二章 肝胆胰疾病	268

第一节	胆结石的外科治疗	268
第二节	慢性乙型肝炎	281
第三节	慢性丙型肝炎	298
第四节	自身免疫性肝炎	311
第五节	原发性硬化性胆管炎	316
第六节	原发性胆汁性肝硬化	327
第七节	腹水、肝肾综合征	337
第八节	自发性腹膜炎	346
第九节	肝性脑病	358
第十节	暴发性肝衰竭	368
第十一节	急性胰腺炎	376
第十二节	ERCP 术后胰腺炎	403
第十三节	胰腺癌	420
第三章	内镜下治疗	440
第一节	Oddi 括约肌切开治疗 Oddi 括约肌运动 功能障碍	440
第二节	经皮内镜胃造瘘术	444
第三节	内镜下黏膜切除术和黏膜剥离术治疗早期 消化道癌	450
第四节	贲门失弛缓症的内镜下治疗	467

第一章

胃肠疾病

第一节 胃食管反流病

胃食管反流病(gastroesophageal reflux disease, GERD)是指胃内容物反流入食管引起不适症状和(或)并发症的一种疾病。

烧心和反流是 GERD 临床上最常见的症状之一,绝大多数患者有烧心症状,但是烧心并不是 GERD 特有的症状。早期研究主要集中在以烧心为主要症状的治疗,大于 50% 的 GERD 患者在胃镜下没有食管炎的表现,症状的严重程度并不能预测内镜下黏膜的损害程度,不管有无食管炎和食管糜烂,患者的生活质量均有降低。GERD 在西方国家十分常见,欧洲研究报道,“烧心”的发生率为 48%~79%。在我国,近年来由于人们生活方式发生了显著的变化,胃食管反流病的发生率也在逐年增加。

2006 年 8 月 26 日,在海南三亚召开的全国胃食管反流病学术研讨会上,GERD 被分为三种类型:非糜烂性反流病、糜烂性食管炎和 Barrett 食管,后者也可称 GERD 相关疾病。胃食管反流病的患者内镜下可见食管黏膜糜烂、溃疡等炎症病变,称反流性食管炎(reflux esophagitis, RE);但不少患者内镜下可无

反流性食管炎表现,这类胃食管反流病称为内镜阴性的胃食管反流病(endoscopic negative reflux disease, ENRD)。目前把反流性食管炎、出血、狭窄、Barrett 食管和腺癌均作为 GERD 的并发症。

一、诊 断

2006 年 8 月在海南召开的全国胃食管反流病学术研讨会根据 GERD 症状群提出的 GERD 诊断要点:

1. 有典型的烧心和反流症状,又无幽门梗阻或消化道梗阻证据,临床上可考虑是 GERD。

2. 有食管外症状,又有反流症状,可考虑是反流相关或可能相关的食管外症状,例如反流相关的咳嗽、反流相关的哮喘。

3. 仅有食管外症状,而无典型的烧心和反流症状,尚不能诊断 GERD。宜进一步了解食管外症状发生的时间、与进餐和体位的关系以及其他诱因。需注意有无重叠症状(如同时有 GERD 和肠易激综合征或功能性消化不良)、焦虑抑郁状态以及睡眠障碍等。

二、治 疗

本病治疗的目的:治愈食管炎,缓解症状,提高生活质量,预防并发症。

(一) 改变生活方式

目前很多学者建议 GERD 患者改变生活习惯,如抬高床头、睡前 3 小时不再进食、避免高脂肪食物、戒烟酒及减肥等。

2004 年 Craig. WR 等的 Cochrane 系统评价研究了高纤维饮食、改变体位对年龄小于 2 岁的 GERD 患儿的影响,结果显示高纤维饮食可以减轻反流症状,但改变体位却无明显效果(A)。

2004 年 M Nilsson 做的一项病例对照研究,目的是研究吸

烟、过多摄入食盐、浓茶、咖啡、膳食纤维以及体育锻炼与胃食管反流之间的关系。结果显示吸烟、过多摄入食盐似乎构成胃食管反流的危险因素,而体育锻炼、膳食纤维是保护因素,咖啡、浓茶、酒精则与反流无关(B)。

Frap PG 等所做的一项随机对照临床试验(RCT)(纳入了 71 例反流性食管炎的患者)研究了抬高床头对 GERD 患者影响的研究,结果表明抬高床头可以使症状得到改善,但是此研究并未对症状的严重程度进行分级,且未描述两组间差异是否有统计学意义(A)。

Kjellin A 等学者完成的一个 RCT(纳入 20 例肥胖患者)研究了减肥对 GERD 的影响,结果表明减肥并未减少患者的反流次数(A)。

【推荐意见】 虽然目前没有充分的证据表明改变一些生活习惯可以使 GERD 患者获益,但改变一些生活习惯对患者并无不利。

(二) 药物治疗

1. 抗酸剂(A)

两个随机安慰剂对照试验结果表明目前仅有有限的证据表明抗酸剂可以缓解症状,但是内镜下食管炎的黏膜的愈合率两组间没有统计学的差异($P>0.05$)。其中一篇 RCT 报道纳入了 32 例患者服用氢氧化铝混悬液 15ml/次,每天 7 次,连续 8 周后结果显示抗酸剂能缓解 GERD 的症状但不能改善食管炎内镜下的表现。

两篇 RCT 报道进行了抗酸剂与 H_2 受体拮抗剂之间的比较,其中一篇纳入 91 例患者,结果表明抗酸剂与西咪替丁组在改善内镜下的表现方面无统计学差异($P>0.05$)。Earnest D 等学者进行的一个 RCT 纳入 155 例反流性食管炎的患者,结果表明,抗酸剂与雷尼替丁在治疗 12 周后比较,抗酸剂在改善反流症状方面劣于雷尼替丁($P<0.05$)。

【推荐意见】 不推荐使用抗酸剂。

2. 抑酸剂

抑制胃酸治疗是目前治疗 GERD 的基本方法。抑制胃酸的药物包括 H_2 受体拮抗剂和质子泵抑制剂(PPI)等。 H_2 受体拮抗剂包括西咪替丁、雷尼替丁和法莫替丁。PPI 制剂包括奥美拉唑、兰索拉唑、泮托拉唑、雷贝拉唑及埃索美拉唑。Hopkins C 等做的一项 Cochrane 系统评价结果显示目前没有充分的证据证明抑酸剂对酸反流引起的哮喘有效,尚需要大样本、高质量的 RCT 来进一步研究(A)。

(1) H_2 受体拮抗剂(A):Delaney B 等的系统评价纳入了 10 篇随机安慰剂对照试验报道,共包括 2 171 例反流性食管炎的患者,结果显示 H_2 受体拮抗剂在治愈食管炎中明显优于安慰剂(NNT=6)。此系统评价还纳入了 16 篇与 PPI 做比较的 RCT 报道,共包括 2 321 例患者,结果显示 H_2 受体拮抗剂和 PPI 均能提高食管炎的愈合率。但此系统评价未对药物的安全性进行评价。

2003 年,Bart van pinxteren 等的系统评价中,分析了短期经验性地使用 H_2 受体拮抗剂(未行胃镜检查)及在 NERD 患者中短期应用抑酸剂治疗,结果共纳入 13 篇 RCT 报道,7 篇 RCT 报道(包括 3 433 例患者)采用了经验性治疗,9 篇 RCT 报道(包括 2 520 例 NERD 患者)为针对性治疗,结果显示不论是采用经验性治疗还是针对 NERD 的治疗, H_2 受体拮抗剂在缓解症状上均优于安慰剂(RR 0.77,95%CI 0.60~0.99),但标准剂量的 PPI 的疗效优于 H_2 受体拮抗剂(RR 0.81,95%CI 0.70~0.95)。

Wada T 等 2005 年进行的一项 RCT 研究法莫替丁和奥美拉唑治疗 NERD,共纳入 54 例患者,治疗 8 周后结果显示法莫替丁治疗 NERD 有效($P<0.05$)。

(2)质子泵抑制剂(A):Delaney B 等的系统评价纳入了 4

篇与安慰剂做比较的 RCT 报道,共包括 380 例患者,结果显示 PPI 在提高食管炎患者内镜下的愈合率方面明显优于安慰剂 (NNT=2)。在与 H_2 受体拮抗剂做比较的 16 篇 RCT 报道中,共包括 2 321 例患者,结果显示 PPI 均能提高食管炎的愈合率,且 PPI 优于 H_2 受体拮抗剂 (NNT=4)。有两篇系统评价对不同 PPI 制剂在治疗反流性食管炎患者的疗效进行了比较,其中一篇系统评价纳入了 3 个 RCT 报道(共纳入 4 877 例患者),结果显示埃索美拉唑 40mg qd 明显优于 20mg qd 的奥美拉唑 (NNT=13)。在这个系统评价中,对 5 个 RCT(纳入 1 951 例患者)的结果进行合并后显示兰索拉唑 30mg 与奥美拉唑 20mg 相比,两组间差异无统计学意义;同时还比较了雷贝拉唑 20mg 与奥美拉唑 20mg,两组间差异亦无统计学意义;对 3 个 RCT(纳入 1 048 例患者)的结果进行合并后显示泮托拉唑 40mg 与奥美拉唑 20mg 比较,两组间差异亦无统计学意义。同时有 1 个 RCT 包括 328 例反流性食管炎的患者,结果显示泮托拉唑 20mg qd 与奥美拉唑 20mg qd 比较,两组间在症状缓解以及内镜下黏膜愈合率方面的差异均无统计学意义 ($P>0.05$)。

Talley 等的随机双盲多中心对照试验研究了奥美拉唑与埃索美拉唑对 NERD 患者烧心症状缓解之间的比较,共纳入 2 645 例患者,疗程 4 周,结果显示埃索美拉唑并不优于奥美拉唑 ($P>0.05$)。

Richter JE 等学者所做的一个随机双盲多中心试验(纳入 3 510 例反流性食管炎的患者)比较了兰索拉唑 30mg qd 和奥美拉唑 20mg qd,疗程 8 周,结果显示兰索拉唑组在改善症状方面优于奥美拉唑组 ($P<0.05$)。

Anne 等发表的一篇随机安慰剂对照试验纳入了 223 例 ENRD 患者,服用雷贝拉唑 20mg qd,疗程 4 周,结果显示雷贝拉唑在总体症状缓解率方面优于安慰剂 ($P<0.05$)。

David 等的随机双盲安慰剂的多中心临床试验,纳入 675

例夜间烧心的 GERD 患者,随机分成埃索美拉唑 40mg、20mg 及安慰剂 3 个组,疗程为 4 周,结果显示埃索美拉唑在改善夜间烧心、提高睡眠质量及劳动生产率方面均优于安慰剂 ($P < 0.05$)。

A. B. Chang 等对纳入的 11 篇 RCT 报道进行了 Meta-分析(纳入 383 例患者),结果显示 PPI 制剂治疗 GERD 相关的慢性咳嗽,对部分成人患者有效。

K. Madan 等的一篇 RCT 研究了泮托拉唑联合应用莫沙必利与单用泮托拉唑治疗 GERD 的疗效,共纳入 68 例患者,结果显示联合用药在改善症状方面明显优于单用泮托拉唑 ($P < 0.05$)。

【推荐意见】 建议首选 PPI,使用常规剂量,疗程 4~8 周。 H_2 受体拮抗剂可作为二线治疗药物,使用常规剂量,疗程为 4~8 周。

3. 促胃肠动力药物治疗

在 GERD 的治疗中,促胃肠动力药物可以作为抑酸药物治疗的辅助用药。

(1)胃复安:2004 年 Craig WR 等所做的一个 Cochrane 系统评价研究了胃复安对年龄小于 2 岁的 GERD 儿童的疗效,结果显示胃复安可缓解日间症状,但由于胃复安的不良反应较大,提示临床医生应权衡利弊,合理应用胃复安(A)。目前没有关于胃复安治疗成人 GERD 的 RCT 报道。

【推荐意见】 鉴于胃复安的不良反应,不推荐使用。

(2)多潘立酮:D. S. Pritchard 等于 2005 年发表的一篇系统评价,研究了多潘立酮能否应用于年龄为 1 个月至 11 岁的 GERD 的儿童。此系统评价共纳入 4 个 RCT,由于试验间的异质性,未能进行 Meta-分析,最后作者得出结论:有限证据表明,没有充分的证据证明多潘立酮对 GERD 儿童有益。

【推荐意见】 在儿童不推荐使用。

(3)西沙必利(A):Jacqueline R等的系统评价,研究了西沙必利治疗儿童 GERD 患者,研究共纳入 10 个 RCT 包括 415 例患者,结果显示西沙必利对缓解临床症状的 GERD 的儿童患者无明显效果,但也没有发现西沙必利的明显不良反应。

Richter JE 等的一篇随机安慰剂对照临床试验(共纳入 177 例患者),治疗组为西沙必利 10mg 或 20mg qid,对照组为安慰剂组,疗程 12 周,结果显示:20mg 西沙必利组与安慰剂比较明显提高食管炎的内镜下治愈率,且优于 10mg 组($P < 0.05$)。

【推荐意见】 由于西沙必利的心脏不良反应,该药已从多个国家相继退出。目前不推荐使用。

(4)莫沙必利(A):有 3 个 RCT 研究了单用莫沙必利的疗效,试验共包括 122 名患者,其中 2 个 RCT 包括 81 名患者。结果显示莫沙必利在疗效上优于安慰剂及奥美拉唑、吗丁啉等,并且莫沙必利的安全性较好,不良反应少。虽然 Magnus R 等所做的随机双盲交叉对照试验中,共包括 41 名患者,对莫沙必利与西沙必利进行了比较,结果显示莫沙必利的疗效并不优于西沙必利($P > 0.05$),但此篇文章并未报道药物的不良反应。

有 9 个 RCT 研究了莫沙必利联合应用抑酸剂治疗 GERD 的疗效,共计 1 084 例患者,结果均提示抑酸剂与莫沙必利联用疗效优于单用莫沙必利,且联用质子泵抑制剂的疗效优于联用 H_2 受体拮抗剂。

【推荐意见】 推荐可作为 GERD 的辅助治疗药物,使用常规剂量,疗程为 4~8 周。

(三) 反流性食管炎的维持治疗

1. 抗酸剂

目前没有系统评价和 RCT 证明抗酸剂的疗效。

2. 抑酸剂

(1) H_2 受体拮抗剂(A):Koelz HR 等进行的一个 RCT 纳入 69 例内镜下已经治愈的反流性食管炎患者,治疗组为雷尼替

丁 150mg 睡前服用,对照组为安慰剂,疗程为 6 个月,结果显示雷尼替丁与安慰剂比较在症状缓解率方面无统计学意义($P>0.05$),在安全性方面,雷尼替丁组与安慰剂组差异亦无统计学意义($P>0.05$)。

Freston JW 等发表的 1 篇 RCT 报道为 H_2 受体拮抗剂与 PPI 制剂之间的比较,疗程为 12 个月,结果显示 H_2 受体拮抗剂在缓解反流症状方面劣于 PPI 制剂($P<0.05$)。

Donnellan C 等的 Cochrane 系统评价,研究了药物维持治疗 GERD 以及 NERD,结果显示:对反流性食管炎的患者进行药物维持治疗是有益的,且 H_2 受体拮抗剂的疗效仅稍稍优于安慰剂的结果。

【推荐意见】 推荐使用常规剂量的 H_2 受体拮抗剂用于反流性食管炎的维持治疗,疗程为 6~12 个月。

(2)PPI 制剂(A):Caro JJ 等所做的 1 篇系统评价共纳入 7 篇 RCT 报道共包括 1 320 例患者,干预措施分别为雷贝拉唑 10mg 或 20mg qd,奥美拉唑 10mg 或 20mg qd,兰索拉唑 15mg 或 30mg qd,对照组均采用安慰剂,疗程为 6 个月。此篇系统评价未对各个独立研究的结果进行合并,但 7 篇 RCT 报道的结果均显示 PPI 在改善反流症状方面优于安慰剂。同时此篇系统评价还纳入了 5 篇有关 PPI 与 H_2 受体拮抗剂进行比较的 RCT 报道,5 个 RCT 结果均显示 PPI 优于 H_2 受体拮抗剂。同样的,这篇系统评价还纳入了 2 篇有关 PPI 制剂之间做比较的 RCT(包括 735 例患者)报道,疗程为 48 周至 12 个月,结果显示兰索拉唑与奥美拉唑在疗效比较方面差异无统计学意义。

Edwards SJ 等的 Cochrane 系统评价纳入了 11 篇 RCT 报道,包括 3 720 例反流性食管炎的患者,进行维持治疗 6~12 个月,结果显示:6 个月的维持治疗:埃索美拉唑 20mg 明显优于兰索拉唑 15mg(RR 1.09,95%CI 1.02~1.17);兰索拉唑 30mg 明显优于兰索拉唑 15mg(RR 1.12,95%CI 1.06~1.18);奥美

拉唑 20mg 明显优于兰索拉唑 15mg (RR 1.12, 95%CI 1.06~1.19); 而奥美拉唑 20mg 和兰索拉唑 30mg 比较两组间无统计学差异; 而 12 个月的维持治疗和 6 个月的维持治疗结论相似。Donnellan C 等的 Cochrane 系统评价, 研究了药物维持治疗 GERD 以及 NERD, 结果显示: 对反流性食管炎的患者进行药物的维持治疗有益, 且标准剂量的 PPI 优于其他药物, 尽管 PPI 与安慰剂比较会增加副反应。仅有 1 篇 RCT 报道对 NERD 患者进行了研究, 结果显示奥美拉唑 10mg qd 优于安慰剂 ($P < 0.05$)。

另外, 有 5 篇 RCT 报道对 PPI 与安慰剂做了比较, 1 篇 RCT 报道对 PPI 与 H_2 受体拮抗剂组比较, 1 篇 RCT 报道为 PPI 之间的比较, 所得的结论和上述一致。

【推荐意见】 从目前的证据看, 有充分的证据表明常规剂量的 PPI 制剂可以作为 GERD 维持用药, 维持治疗期为 6~12 个月。

3. 促胃肠动力药物

(1) 西沙必利(A): 有 5 篇 RCT 研究了西沙必利与安慰剂的比较, 疗程为 6~12 个月, 其中有 2 个 RCT 结果显示西沙必利与安慰剂比较两组间差异无统计学意义, 另外 3 个 RCT 结果显示西沙必利在提高黏膜愈合率方面明显优于安慰剂, 说明西沙必利作为维持 GERD 的治疗还存在争议, 而且西沙必利由于其心脏毒副作用已经从多个国家相继撤出市场而停止使用, 故不建议将西沙必利作为治疗 GERD 的维持用药。

【推荐意见】 不推荐使用西沙必利。

(2) 胃复安、多潘立酮、莫沙必利: 目前没有系统评价或 RCT 对胃复安、多潘立酮、莫沙必利作为 GERD 的维持治疗做出评价。而且由于胃复安的不良反应, 建议不将胃复安作为 GERD 的维持治疗。